

Aus der Inneren Abteilung
des Städtischen Wenckebach - Krankenhauses Berlin
Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. Wolfdietrich Germer

Untersuchungen über die Suizidfälle in der
Intensivstation des Wenckebach-Kranken-
hauses in den Jahren 1969/70

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Visentini, Karin geb. Liberda
Berlin

1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Inneren Abteilung
des Städtischen Wenckebach - Krankenhauses Berlin
Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. Wolfdietrich Germer

Untersuchungen über die Suizidfälle in der Intensivstation des Wenckebach-Kranken- hauses in den Jahren 1969/70

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Visentini, Karin geb. Liberda
Berlin

Referent : Prof. Dr. med. Wolfdietrich Germer

Korreferent : Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am : 13.11.1973

Inhaltsangabe

Einleitung

Allgemeine Übersicht

- Untersuchungsmaterial
- Anzahl der Patienten
- Wiederholte Suizidversuche
- Todesfälle
- Tötungsart, Suizidmittel

Personalien

- Alter der Patienten
- Familienstand
- Beruf

Spezielle Übersicht

- Jahreszeit des Suizidversuchs
- Wochentag des Suizidversuchs
- Uhrzeit bei Einlieferung
- Bewußseinszustand bei Einlieferung
- Suizidversuch in Verbindung mit Alkohol
- Suizidversuch mit Arzneimitteln

Behandlung

- Therapie
- Komplikationen
- Aufenthaltsdauer
- Psychiatrische Nachbehandlung

Motive

Zusammenfassung

Literatur

Einleitung

Der Selbstmord, die immer wieder auftretende Frage "Warum" und das damit verbundene einzelne Schicksal sind Probleme, die nicht nur Ärzte, Theologen und Fürsorgere, sondern auch die Allgemeinheit beschäftigen sollten.

Insbesondere in Berlin gewinnen diese Probleme an Bedeutung, denn Berlin liegt mit seiner Selbstmordziffer an erster Stelle in der Welt (HENSELER).

Nach Angaben von HENSELER sind die Selbstmordversuche ständig im Steigen begriffen, während die gelungenen Selbstmorde im Verhältnis zur Bevölkerungszahl etwa gleichbleiben. Dabei nehmen die gewaltsamen Eingriffe wie Erhängen, Ertränken usw. immer mehr ab (SCHUBOTHE, TISCHENDORF, PAMMEL), während die Selbsttötungsversuche mit Medikamenten zunehmen (SCHUBOTHE etc., MOESCHLIN, FRITZ). Das gleiche geht auch aus der Statistik der Todesfälle durch Selbstmord in Berlin (1969-1970) hervor. An erster Stelle stehen Selbstmord und Selbstbeschädigung mit festen oder flüssigen Stoffen.

Die vorliegende Arbeit ist ein kleiner Beitrag über Ursache und Art des Selbstmordes und über die Behandlung der Selbstmordkandidaten.

Wir sind der Ansicht, daß eine Mitteilung dieser Art zum Verständnis der Motivation des Selbstmordes und im Verein mit anderen ähnlichen Mitteilungen möglicherweise auch zur Prophylaxe des Selbstmordes beitragen kann.

Allgemeine Übersicht

Untersuchungsmaterial:

Die vorliegende Untersuchung umfaßt die Selbstmordversuche beziehungsweise Selbstmorde, die in den Jahren 1969 und 1970 in die Intensivstation der Inneren Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses Berlin-Tempelhof eingeliefert wurden. Nach den Stationskarten der Patienten wurden alle Krankenblätter ausgewertet und für jeden Patienten eine Karteikarte angelegt, in der Daten wie Personalien, Tötungsart, Todesfälle, Zeit des Selbstmordes, Alkoholabusus, Therapie, Komplikationen und Motive verwendet wurden. Hieraus ergaben sich nun folgende Zahlen:

In den beiden Untersuchungsjahren wurden insgesamt 20439 Patienten in das Krankenhaus aufgenommen. Auf die Suizide der Inneren Abteilung entfielen 302 Fälle. Das entspricht 1,47 % der Aufnahmen.

Bis auf 2 Patienten, die aus einer anderen Klinik verlegt wurden, sind alle übrigen primär in die Intensivstation des Hauses eingeliefert worden.

Der Transport in das Krankenhaus erfolgte überwiegend durch die Feuerwehr, in wenigen Fällen durch die Angehörigen selbst.

Die Diagnose des Suizids wurde in der Mehrzahl durch Angaben der Angehörigen oder - soweit möglich - des Patienten selbst, durch aufgefundene und mitgebrachte Tablettenreste und/oder durch die klinische Untersuchung gestellt.

Anzahl der Patienten:

Bei den 302 aufgenommenen Patienten handelt es sich um 106 Männer und 196 Frauen. Damit überwiegt der Anteil der

Frauen mit 64,9 % gegenüber dem der Männer mit 35,1 % um fast das Doppelte.

Verteilt auf die beiden Untersuchungsjahre ergibt sich folgendes:

1969: 160 Fälle, davon 62 Männer und 98 Frauen

1970: 142 Fälle, davon 44 Männer und 98 Frauen

Diese Zahlen entsprechen etwa den Angaben von SCHUSTER mit 36 % Männern, 64 % Frauen und von MEYTHALER und EICHHORN mit 34 % Männern, 66 % Frauen, während SCHUBOTHE etc. sogar 70,7 % für weibliche Suizide angibt.

Wiederholte Suizidversuche:

Unter den 302 Suizidversuchen befanden sich nach Angaben der Patienten 74 zweite oder mehrfache Versuche, also ca. 25 %, wobei 9 Patienten mehrmals innerhalb des beobachteten 2-Jahreszeitraumes aus dem Leben scheiden wollten. An der Spitze steht ein 48-jähriger Mann mit 4 Selbstmordversuchen 1969, der anschließend in eine Nervenklinik verlegt wurde.

Ähnliche Angaben gehen auch aus anderen Aufstellungen hervor. So weisen DAHM u. HÄNDEL darauf hin, daß diese Zahlen sicher noch höher liegen, da oft frühere Suizidversuche bewußt verschwiegen werden oder unbekannt bleiben.

Todesfälle:

15 Fälle unseres Beobachtungsgutes (5 %) wurden zu gelungenen Selbstmorden, das heißt zu Todesfällen, davon 13 (4,3 %) nach Tablettenintoxikationen. Zum Vergleich Tabletteneinnahme mit Todesfolge nach anderen Autoren:

4,3 % eigene Fälle bei 302 Patienten

3,1 % nach BÜHLER bei 190 Patienten

5,5 % nach FRITZ bei 385 Patienten

6,6 % nach MEYTHALER u. EICHHORN bei 900 Patienten.

Ein 18-jähriger Patient verstarb nach zweimaligem Atemstillstand, eine 19-jährige Patientin nach erneutem Suizid im Krankenhaus und eine 47-jährige nach Herz-Kreislaufversagen.

Bei 12 Personen handelte es sich um Menschen über 63 Jahre. Die Todesursache lautete hier überwiegend Bronchopneumonie und Herzkreislaufversagen.

In der Statistik des Landes Berlin (Selbstmordstatistik 1969 und 1970) finden wir im gleichen Zeitraum insgesamt 1848 gelungene Selbstmorde. Davon entfielen 26,6 % auf die über 65-Jährigen. Auch diese Zahl weist eindringlich auf den großen Anteil der alten Menschen und damit wohl zugleich auf den Ernst ihrer Selbsttötungsabsichten hin.

Auch HAGENBUCHNER begründet die größere Anzahl von Todesfällen bei älteren Leuten nach Selbstmordversuch durch den größeren Ernst des alten Menschen, der sich seiner Handlung bewußter ist und daher zu stärkeren und sicheren Mitteln greift.

Tötungsart oder Suizidmittel:

Die Aufschlüsselung der angewandten Mittel zeigt das absolute Überwiegen der Tablettenintoxikation von 95,7 % = 284 Fälle (siehe auch Abschnitt "Suizidversuch mit Arzneimitteln").

Auf andere Tötungsarten entfallen lediglich 18 Fälle = 4,3 %. Die Aufgliederung dieser 18 Fälle nach den verschiedenen Tötungsarten zeigt Tabelle 1.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß es sich auch um Kombinationen verschiedener Mittel handeln kann. Ein Suizid blieb ungeklärt.

Tabelle 1: Suizidmittel

Mittel	Fälle (18)	Kombination
E-605	2	
Substral (Dünger)	1	mit Alkohol
H C L	1	
Leuchtgas	7	4 mit Tbl. und/oder Alkohol
Erdrosselung	1	
Ertrinken	2	
Schnittverletzung an Handgelenken	3	mit Tabletten
unbekannt	1	

Zu ähnlichen Feststellungen sind auch andere Autoren (HAGENBUCHNER, DAHM u. HÄNDEL, LAUBENTHAL, BRUNNER, MEY-THALER u. EICHHORN) gekommen. Auch dort überwiegt die Anwendung von Medikamenten, während die Leuchtgasvergiftung immer mehr zugunsten der Tablettenvergiftung in den Hintergrund tritt.

Personalien

Alter der Patienten:

Die Verteilung der Altersstufen reicht in unserem Beobachtungsgut von zwei 14-jährigen Mädchen als jüngste Personen bis zu einer 84-jährigen Frau als älteste Patientin. Dabei ist einschränkend zu bemerken, daß die Innere Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses nur in Ausnahmefällen Patienten

aufnimmt, die jünger als 14 Jahre sind.

Die Tabelle 2 und das Diagramm Nr. 1 zeigen 3 Gipfel-
punkte der Altersangaben:

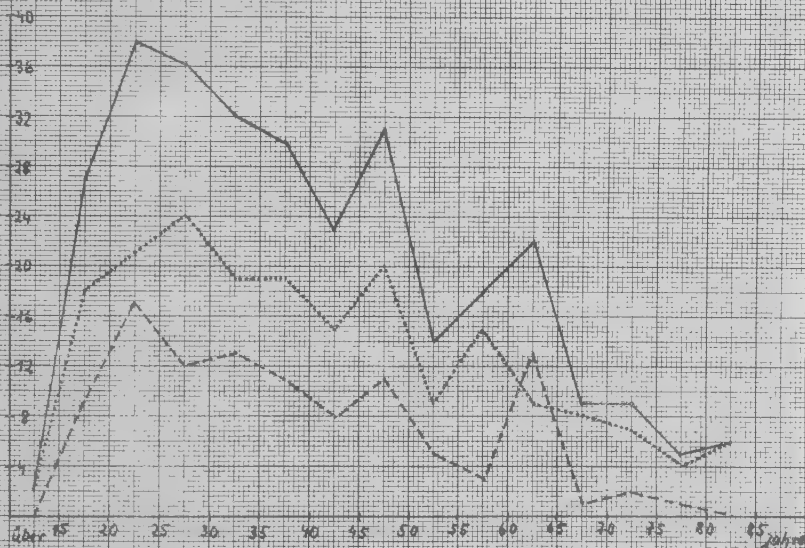
Tabelle 2: Alter der Patienten

Alter	Männer	Frauen	Gesamt
10 bis unter 15 Jahre	-	2	2
15 " " 20 "	9	18	27
20 " " 25 "	17	21	38
25 " " 30 "	12	24	36
30 " " 35 "	13	19	32
35 " " 40 "	11	19	30
40 " " 45 "	8	15	23
45 " " 50 "	11	20	31
50 " " 55 "	5	9	14
55 " " 60 "	3	15	18
60 " " 65 "	13	9	22
65 " " 70 "	1	8	9
70 " " 75 "	2	7	9
75 " " 80 "	1	4	5
80 " " 85 "	-	6	6
	106	196	302

Diagramm Nr. 1:

Alter der Patienten

Patienten-
Anzahl



————— Gesamtanzahl

- - - - - Männer

..... Frauen

Das Maximum liegt bei den 20 - 30-jährigen, der zweite Gipfel bei den 45 - 50-jährigen und der letzte Anstieg bei den 55 - 65-jährigen Patienten. In Übereinstimmung mit den Zahlenverhältnissen von DAHM u. HÄNDEL, BRUNNER sowie FRITZ kann man vom Maximum der jüngeren Patienten ein stetiges Abfallen der Kurve beobachten, das von zwei kleineren Gipfeln unterbrochen wird.

BRUNNER interpretiert den Anstieg der Suizidanfälligkeit bei Jugendlichen als "Reifezeit", die Alterszacke als Heraustreten aus den "besten" Jahren.

Familienstand:

Verheiratete überwiegen mit 51 %, gefolgt von den Ledigen mit 25 %. Verhältnis Männer zu Frauen bei den Verheirateten entspricht etwa dem der Anzahl der Patienten. Bei den Ledigen übertreffen die Männer die Frauen.

Für Geschiedene ergeben sich 11 %, für Verwitwete 12 %, wobei die verwitweten Frauen in der Überzahl sind (Tabelle 3).

Tabelle 3: Familienstand

Familienstand	Männer	Frauen	Gesamt
Ledig	32	44	76
Verheiratet	52	102	154
Geschieden	14	20	34
Verwitwet	6	29	35
ohne Angabe	2	1	3

Betrachtet man zusätzlich noch die Altersangaben, so findet man, daß mit zunehmendem Alter naturgemäß die Anzahl der Ledigen abnimmt, die der Verheirateten ansteigt bis ab dem 65. Lebensjahr die Verwitweten überwiegen.

Ein ganz ähnliches Verhältnis geben DAHM u. HÄNDEL bei ihren Untersuchungen von Selbsttötungsfällen in einem ländlichen Gebiet an:

Ledige 35 % (max. bei 15-24-jähr.), Verheiratete 53 % (54-64-jähr.), Geschiedene 3,5 % (25-44-jähr.) und Verwitwete 8,5 % (45-64-jähr.).

Berufe:

Bei der Untersuchung der Berufszugehörigkeit werden bei HAGENBUCHNER und LAUBENTHAL als häufigste Gruppe nur allgemein der "Mittelstand" angegeben.

MEYTHALER und EICHHORN nennen bei den Männern "Facharbeiter und Arbeiter" und "Hausfrau, Witwe und Arbeiterin" bei den Frauen. Auch bei DAHM u. HÄNDEL stehen die Arbeiter an erster Stelle. Bei unseren Ergebnissen (Tabelle 4) überwiegt eindeutig die Gruppe der Angestellten und Handwerker mit 29,4 %. Es folgen dann die Arbeiter (17,8 %), Rentner (17,2 %) und Hausfrauen (16,2 %) in ungefähr gleichem Verhältnis. Die restlichen Berufsangaben liegen alle unter 10 %.

Trennt man nach Geschlecht, so bleibt die Reihenfolge "Angestellte/Handwerker-Arbeiter-Rentner" bei den männlichen Patienten bestehen. Bei den Frauen ergibt sich "Angestellte-Hausfrau-Rentnerin", die Arbeiterin kommt erst an die vierte Stelle.

Rentner haben somit in Berlin nicht nur bevölkerungsmäßig mit 21,2 % der über 65-Jährigen (1969) einen großen Anteil, sondern sind auch mit 17,2 % bei den Selbstmordversuchen unserer Untersuchung vertreten.

Tabelle 4: Berufe

Beruf	Männer	Frauen	Gesamt
Schüler, Lehrling, Student	9	13	22
Arbeiter	28	26	54
Angestellte u. Handwerker	34	55	89
Beamte	2	2	4
Selbständige	7	4	11
Hausfrau	-	49	49
Rentner	16	36	52
ohne Beruf	9	10	19
unbekannt	1	1	2

In der Statistik der Todesfälle durch Selbstmord in Berlin 1969-70 nehmen die über 65-jährigen Menschen sogar 26,6% ein.

Spezielle Übersicht

Jahreszeit des Selbstmordes:

Die Verteilung der Selbstmordversuche auf die Monate des Jahres ist nicht eindeutig. Wir finden Häufungen im Februar, April und Juni. Das Maximum liegt im Oktober-November-Dezember (Tabelle 5). Entsprechend gibt auch FRITZ das Maximum im Oktober-November an. Andere Autoren (HENSELER, DAHM u. HÄNDEL) beobachteten demgegenüber eine Zunahme der Suizide im Frühjahr, dann in der zweiten Hälfte des Jahres eine Abnahme.

Tabelle 5: Jahreszeit des Selbstmordes

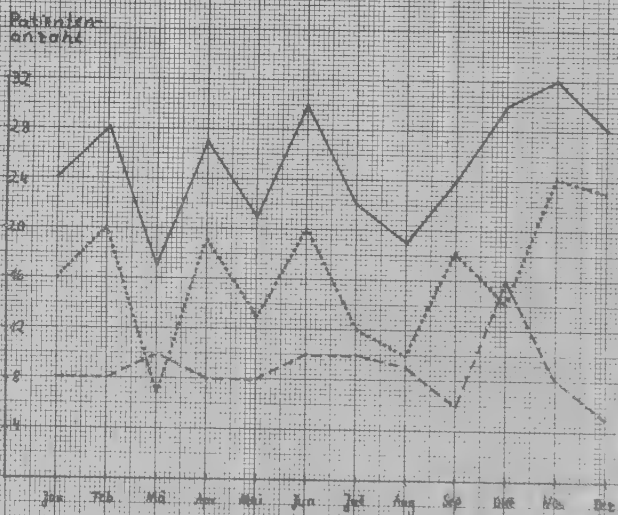
Monate	Männer	Frauen	Gesamt
Januar	8	16	24
Februar	8	20	28
März	10	7	17
April	8	19	27
Mai	8	13	21
Juni	10	20	30
Juli	10	12	22
August	9	10	19
September	6	18	24
Oktober	16	14	30
November	8	24	32
Dezember	5	23	28

Auf Diagramm Nr. 2 kann man bei Beobachtung der Monatsverteilung nach Geschlechtern getrennt den gleichen zackigen Kurvenverlauf bei den Frauen erkennen, wie er für die Gesamtzahl bestimmt ist.

Die Kurve der Männer zeigt dagegen eine eher konstant verlaufende Linie, nur von einigen geringen Abweichungen unterbrochen, die dann gegenläufig zur weiblichen Kurve sind.

Die Weihnachtsfeiertage spielen in dieser Untersuchung, trotz des hohen Anfalles von Suiziden im Dezember, keine besondere Rolle.

Diagramm Nr. 3: Jahreszeit des Selbstmordes



— Gesamtanzahl

- - - Männer

..... Frauen

Wochentag des Suizidversuchs:

Die Analyse der Wochentage zeigt wieder verschiedene Ergebnisse für Männer und Frauen (Diagramm Nr. 3). Die Kurve der Männer verläuft fast konstant, die Anzahl der Fälle pro Tag schwankt zwischen 11 am Freitag und 18 am Samstag. Der Unterschied ist gering. Bei den Frauen dagegen finden wir vom Montag als Maximum mit 39 Fällen einen steilen Abfall bis zum Donnerstag mit nur 15. Dann erst steigt die Kurve wieder stark an.

DAHM u. HÄNDEL setzen Wochentag und Motiv in Beziehung. Bei ihnen häufen sich Ehestreit am Mittwoch und Sonntag und Familienzwist Sonntag und Montag.

Bei den von uns beschriebenen Fällen verteilen sich sowohl Ehe- als auch Familienstreitigkeiten etwa gleichmäßig über die ganze Woche. Auch Selbstmordversuche aus depressiver Verstimmung heraus finden wir an jedem Tag in der Woche. Es ergeben sich also keine besonderen Häufungen der Motive an bestimmten Tagen.

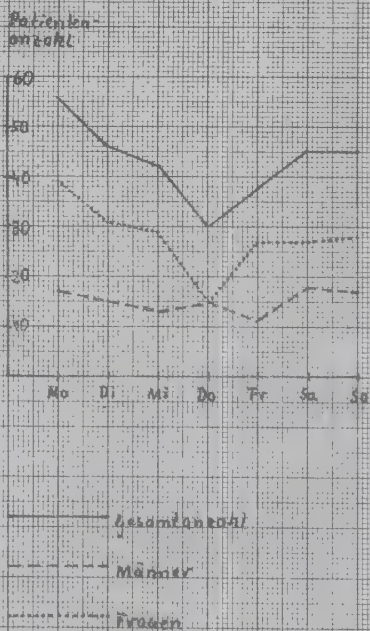
Uhrzeit bei Einlieferung:

Die Uhrzeit der Einlieferung sagt nichts über den Zeitpunkt der Tat aus, denn der Selbstmordversuch kann kurz vorher ausgeführt worden sein oder schon länger zurückliegen. Lediglich die ungefähren Zeitangaben des Auffindens durch Angehörige, Bekannte, Nachbarn können eventuell einen Schluß über den Zeitpunkt des Suizids zulassen.

Die Einlieferungszeit wurde bei unseren Untersuchungen in Zeitabschnitte von je 4 Stunden eingeteilt: 0-4 Uhr, 4-8 Uhr, 8-12 Uhr usw.

Die größte Patientenanzahl mit 80 Fällen = 26,4 % wurde in der Zeit von 16-20 Uhr eingeliefert. Es folgten 64 Patienten

Diagramm Nr. 3: Wochentage des Selbstmordes



= 21,1 % zwischen 20 und 24 Uhr, 56 Patienten = 15 % zwischen 8 und 12 Uhr und 52 Patienten = 13,5 % zwischen 12 und 16 Uhr.

Die anderen Angaben liegen unter 10 % (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Uhrzeit bei Einlieferung

Uhrzeit	Männer	Frauen	Gesamt
0 - 4	8	24	32
4 - 8	6	11	17
8 - 12	22	34	56
12 - 16	14	38	52
16 - 20	29	51	80
20 - 24	26	38	64
nicht feststellbar	1	-	1

Viele Ehepartner oder Familienmitglieder finden die Selbstmordkandidaten am Morgen nach dem Aufstehen vor dem Weg zur Arbeit. Die meisten Personen werden am Nachmittag von den heimkehrenden Angehörigen entdeckt, beziehungsweise sollen sogar entdeckt werden, da oft der Selbstmordversuch nur demonstrativer Art und nicht ernst gemeint ist.

Bei Rentnern wird häufig der Vormittag gewählt, wenn Nachbarn oder Kinder zum Betreuen kommen.

Bewußtseinszustand bei Einlieferung:

Der überwiegende Teil der Patienten (62,5 %) befand sich in einem Bewußtseinszustand, den man bei der ersten Untersuchung als noch ansprechbar bis leicht oder stärker somnolent beschreiben kann. Der geringere Teil entfiel auf die Bezeichnung: nicht ansprechbar, bewußtlos und tief bewußtlos (Tabelle 7).

Tabelle 7: Bewußtseinszustand bei Einlieferung

Zustand	Männer	Frauen	Gesamt
I ⁰ = Ansprechbar-somnolent	61	128	189
II ⁰ = nicht ansprechbar	16	17	33
III ⁰ = bewußtlos	10	21	31
IV ⁰ = tief bewußtlos	16	24	40

Eine Patientin war klinisch tot, wurde jedoch erfolgreich reanimiert.

Ein Patient wurde mit generalisierten Krämpfen nach E-605-Einnahme eingewiesen, ein anderer befand sich im Schockzustand, nachdem er aus einer Flasche HCL getrunken hatte.

Bei sechs weiteren Patienten fehlen die Angaben.

Suizidversuch in Verbindung mit Alkohol:

In vielen Fällen der Selbstmordversuche greifen die Patienten nicht nur zu einem geeigneten Suizidmittel sondern auch gleichzeitig zum Alkohol, sei es um ihre Hemmungen zu überwinden oder nur aus Gewohnheit.

Von den 302 untersuchten Personen sind hiervon 85 = 28 % betroffen: 51 Männer und 34 Frauen.

Dabei handelt es sich in 36 Fällen = 42 % um chronische Alkoholiker: 36 Personen, 22 Männer und 14 Frauen.

Sowohl bei chronischen Alkoholikern wie Nichtalkoholikern sind die Männer weitaus in der Überzahl.

Noch größere Zahlen gibt SCHUSTER an. Bis zur Hälfte seiner Fälle geben eine gleichzeitige Einnahme von Alkohol und Arzneimittel zu.

Suizidversuch mit Arzneimitteln:

Wie schon vorher erwähnt fallen auf die Suizidversuche mit Arzneimitteln 95,7 %, beziehungsweise 289 Fälle.

Der Selbstmord mit Tabletten nimmt immer mehr zu. Ein Grund dafür liegt sicherlich darin, daß der Zugang zu Mitteln verschiedenster Art dem Patienten oft zu leicht gemacht wird. Außerdem erscheint vielen Menschen der Ausweg mit Tabletten als leichter und angenehmer Tod, ein "Hinüberschlafen", von dem man nichts merkt und den man nicht bewußt miterlebt.

Bei den 289 Fällen wurden insgesamt 91 verschiedene Präparate angewandt, überwiegend nur jeweils ein Präparat (63,3 % der Fälle), aber auch zwei oder mehrere Präparate kombiniert (22,8 %). Die genauere Aufteilung zeigt Tabelle 8.

SCHUSTER zum Vergleich ermittelte in 53 % von 873 Patienten eine Einnahme von nur einem Arzneimittel, in 25 % zwei oder mehrere Mittel.

Unter den angewandten 91 Präparaten befinden sich hauptsächlich Schlaf- und Beruhigungsmittel, aber auch Analgetika, Antihypertonika, Herzmittel, Tabletten gegen Grippe und Er-

kältung, die meist wahllos noch als zweite oder dritte Substanzen zusätzlich eingenommen wurden.

Tabelle 8: Anzahl der eingenommenen Arzneimittel

Anzahl der Arzneimittel	Anzahl der Fälle	Fälle in %
1	183	63,3 %
2	54	18,7 %
3	7	2,4 %
mehr als 3	5	1,7 %
unbekannt	40	13,9 %

Eine Aufteilung der häufigsten Substanzen geordnet nach Psycholeptika und Psychoanaleptika ergibt folgendes:

Psycholeptika

Neuroleptika	3 Fälle
Tranquilizer	36 "
Hypnotika u. Sedativa:	
Barbiturate, rein	22 "
Barbiturate, Kombination	30 "
Barbituratfreie Reinsubstanzen	37 "
Barbituratfreie Kombinationen	72 "

Psychoanaleptika

Antidepressiva	5 Fälle
----------------	---------

Die Aufschlüsselung zeigt eindeutig die barbituratfreien Kombinationspräparate an der Spitze, erst dann folgen mit

großem Abstand die barbituratfreien Reinsubstanzen und Tranquilizer. Auch bei FRITZ haben die barbituratfreien Präparate einen erheblichen Anteil. SCHUSTER spricht von einer Verschiebung von den Barbituraten zu den barbiturfreien Schlafmitteln.

Häufigkeit der Handelspräparate:

Die Aufzählung der einzelnen Handelspräparate ergibt in unserem Untersuchungsgut eine Häufung zugunsten des "Dolestan" und "Valium" mit 34 bzw. 31 Angaben der Patienten. Es folgen "Staurodorm" (16 Angaben), "Betadorm" (13 Angaben) und "Adalin" (11 Angaben). Eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Präparate findet sich in Tabelle 9.

Tabelle 9: Häufigkeit der Handelspräparate

Dolestan	34 Angaben
Valium	31 "
Staurodorm	16 "
Betadorm	13 "
Adalin	11 "
Nocturetten	9 "
Noludar	8 "
Phanodorm	8 "
Adumbran	4 "
Nervoopt	4 "

Andere Autoren (LOENECKEN, BÜHLER, BRUNNER, SCHUBOTHE u. TISCHENDORF u. PAMMEL) nennen an erster Stelle: "Phanodorm" und "Luminal". Bei ihnen folgen "Veronal, Persedon und Quadronox".

Anzahl der eingenommenen Tabletten:

Die kleinste Anzahl der eingenommenen Tabletten liegt bei 3 Tabletten "Phanodorm", das Maximum bei 200 Tabletten "Nocturetten" (Tabelle 10).

Tabelle 10: Anzahl der eingenommenen Tabletten

bis einschließlich	5 Tbl.	11 Patienten
" "	10 "	34 "
" "	15 "	21 "
" "	20 "	58 "
" "	25 "	7 "
" "	30 "	21 "
" "	35 "	3 "
" "	40 "	25 "
" "	45 "	1 "
" "	50 "	6 "
" "	55 "	1 "
" "	60 "	12 "
insgesamt	80 "	3 "
"	100 "	2 "
"	120 "	2 "
"	130 "	1 "
"	200 "	1 "
unbekannte Anzahl		75 "

außerdem	1 Patient	3-4 Flaschen Somnifen
	1 "	1 1/2 Löffel Sekundal
	1 "	30 mg Valium
	1 "	1000 mg Valium
	1 "	40 mg Nobrium

Die meisten Patienten nehmen 10 bis 20 Tabletten ein, entsprechend den Arzneimittelpackungen der angewandten Präparate. Entweder eine ganze Packung mit je 10 oder 20 Tabletten oder zwei Packungen mit je 10 Tabletten.

Oft sind die Schachteln oder Röhrchen noch nicht angefangen, da sie ausschließlich für den geplanten Selbstmord beschafft wurden. Seltener sind schon angebrochene Packungen, wie auch die geringen Angaben der Fälle bei den ungeraden Zahlen beweisen (25, 35, 45 usw.). Viele Patienten sammeln mehrere Schachteln, um deren Inhalt auf einmal einzunehmen. Es kommt auch vor, daß wahllos alles Greifbare aus der Hausapotheke eingenommen wird; die Reste aller vorhandenen Medikamente.

Allgemeine Therapie der Tablettenintoxikation:

Das therapeutische Vorgehen wurde etwa von folgenden Grundzügen bestimmt:

1. Erkennung des Giftes evtl. Verabreichung von Antidots
2. Patientenüberwachung, vor allem Atmung und Kreislauf
3. Erkennung und Vermeidung von Komplikationen

Bei fast allen Patienten wurde nach vorheriger Atropingabe eine Magenspülung durchgeführt. Emetika (Apomorphin) fanden keine Anwendung.

Ansprechbare Patienten wurden ohne Intubation gespült, auch wenn nur relativ wenige Tabletten eingenommen worden sind, da die Angaben nicht selten falsch oder unzureichend waren.

Entgegen früheren Auffassungen, daß Spülungen nach mehr als 8 Stunden nach Einnahme der Tabletten nicht effektiv sind, wurde hier auch noch nach wesentlich länger zurückliegenden Einnahmen gespült - zum Teil Dauerspülung durch Magensonden - wobei noch Tablettenreste gefunden wurden.

Bewußtlose Patienten wurden nur nach Intubation gespült. Die chromatographische Bestimmung der Tabletten wurde nur selten durchgeführt. Bei unklaren Fällen wurden Spülwasser und Urin asserviert.

Intubierte Patienten erhielten grundsätzlich ein Antibiotikum (Reverin) und Vitamine (1000 mg Vit. C, 1 Ampulle Vit. B-Komplex). Herzglykoside und Diuretika wurden nur nach Bedarf verabreicht (alte Patienten, Herzvorschädigung).

Nach Anlage eines Dauerkatheters sowie in den meisten Fällen eines Cava-Katheters transcutan bzw. nach einer venae sectio unter Röntgenkontrolle, wurde eine sogenannte forcierte Diuresetherapie durchgeführt.

Rechnerisch und empirisch bewährte sich folgendes Schema, das nach dem Prinzip Einfuhr = Ausfuhr eine Konstanz der extrazellulären Elektrolyte gewährleistet:

Im allgemeinen wurden 500 ml Lösung pro Stunde infundiert und die Urinmenge stündlich gemessen. Differenzen von 1000ml wurden toleriert. Bei größeren Abweichungen wurden mit Erfolg Diuretika (Lasix) nach Bedarf eingesetzt.

Es wurde folgendermaßen verfahren:

Flasche 1: E-9 + Elektrolytzusatz: Na: 70 mval/l
K: 18,1 mval/l
Cl: 52,3 mval/l
HCO₃: 35,8 mval/l

Flasche 2: Glukose 5 % + E-Zusatz Na: 20 mval/l
K: 12 mval/l
Cl: 12 mval/l
HCO₃: 20 mval/l

Flasche 3: E-10 + Elektrolytzusatz	Na: 51,3 mval/l
	K: 18,1 mval/l
	Cl: 69,4 mval/l
	HCO ₃ : - mval/l

Flasche 4: Glukose 5 % + E-Zusatz	wie oben
-----------------------------------	----------

Bei Diabetikern wurde die 5 %-ige Glukoselösung durch 5 %-ige Laevuloselösung ersetzt.

Nach Ablauf der Infusionen in dieser Reihenfolge hatten die Patienten insgesamt folgende Elektrolytmengen erhalten:
Na: 161,3 mval/l; K: 60,2 mval/l; Cl: 145,7 mval/l und HCO₃: 75,8 mval/l.

Dieses starre Infusionsschema, das nur in seltenen Bedarfsfällen modifiziert werden mußte, wurde solange wiederholt (im allgemeinen bis 48 Stunden), bis der Patient ansprechbar war. Die Elektrolyte in Blut und Harn wurden täglich, wenn notwendig auch mehrmals täglich, kontrolliert. Es wurden hierbei keine wesentlichen Entgleisungen beobachtet.

Bei den 302 untersuchten Fällen handelte es sich um 289 Tablettenintoxikationen. Insgesamt wurden 102 Intubationen und 223 Magenspülungen durchgeführt. In 23 schweren Fällen war eine künstliche Beatmung erforderlich, in 10 Fällen eine Tracheotomie.

1 Patientin, die als "klinisch tot" eingeliefert wurde, konnte erfolgreich reanimiert werden.

Bei 34 sehr leichten Intoxikationen waren außer wiederholter Kreislaufkontrolle und Beobachtung keine weitere Behandlung nötig.

Die überwiegende Anzahl der Patienten wurde konsiliarisch vom Psychiater nachuntersucht und betreut.

Die häufigsten Komplikationen, die auftraten, waren Infektionen der Atemwege wie Bronchitiden und Pneumonien (20 Fälle). In 5 Fällen mußte ein Atemstillstand behoben werden.

Nur in einem einzigen Fall war es zu Dekubitalgeschwüren gekommen, in einem anderen zur Armplexuslähmung.

Pilzinfektionen (Candida, Aspergillus) traten in den 2 Untersuchungsjahren nicht auf.

Aufenthaltsdauer der Patienten:

Beim Aufenthalt in der Intensivstation, wurde jeder angefangene Tag als voller Tag angerechnet.

Innerhalb der ersten 3 Tage konnten 260 Patienten = 86 % die Intensivstation wieder verlassen, davon mehr als die Hälfte = 54,2 % am 2. Tag nach Einlieferung.

Nach einer Woche waren 288 Personen = 95,3 % bereits nach Hause zurückgekehrt oder zur Nachbehandlung auf andere Stationen verlegt.

Nur 14 Patienten verblieben länger als 7 Tage auf der Intensivstation (Tabelle 11).

Tabelle 11: Aufenthaltsdauer der Patienten

<u>Tage</u>	<u>Patienten</u>
1	80
2	141
3	39
4	10
5	9
6	3
7	6
7 - 14	7
14 - 21	3
länger als 21	4

Zum Vergleich die Angaben von LOENECKEN:

Nach dem dritten Tag waren 78 % seiner Patienten entlassen, innerhalb der ersten Woche 92 %.

Nachbehandlung auf der psychiatrischen Abteilung:

Wie vorher erwähnt, wurde für viele Patienten konsiliarisch der Psychiater hinzugezogen und gegebenenfalls eine Verlegung auf die psychiatrische Abteilung zur weiteren Beobachtung und Behandlung veranlaßt.

In 150 Fällen war diese Nachbehandlung notwendig, das entspricht 50 %.

Die Aufenthaltsdauer lag zwischen 1 und 96 Tagen, die meisten Entlassungen erfolgten jedoch innerhalb der nächsten 14 Tage. 10 Patienten wurden anschließend an ihren Aufenthalt im Wenckebach-Krankenhaus in eine Nervenklinik eingewiesen.

Interessant ist auch die Feststellung, wieviel Patienten sich schon vorher in psychiatrischer Behandlung bei einem frei praktizierendem Arzt oder in einer Nervenklinik befanden:

Insgesamt 29 Patienten, 7 Männer und 22 Frauen.

Davon litten zwei an Schizophrenie, ein Patient stand unter dem Verdacht der Hebephrenie. Die übrigen waren an endogenen und paranoid-halluzinatorischen Psychosen erkrankt.

Die vorherige psychiatrische Behandlung stand aber nicht mit dem jetzigen Motiv in Zusammenhang. Der Selbstmord aus einer "depressiven Verstimmung" heraus ging selten mit den schon bekannten Psychosen einher.

Andere Autoren geben größere Zahlen für Neurosen oder Geisteskrankheiten an: Bei HENSELER litten $1/3$ der Patienten

an Psychosen, 5 - 15 % waren geisteskrank.

LAUBENTHAL schreibt von 57 psychisch Kranken bei insgesamt 86 Schlafmittelintoxikationen.

Motivierung des Selbstmordversuches:

277 Patienten gaben ein Motiv an, nur von 55 Selbstmordversuchen bleiben die Gründe ungeklärt.

In vielen Fällen konnte man nicht klar erkennen, ob der Suizidversuch wirklich ernst gemeint oder nur von demonstrativer Art war. Oft erweist sich der Selbstmord oder Versuch als Erpressung, um zum Beispiel die Schule oder den Beruf zu wechseln, um den Rücktritt von einer Scheidung zu erzwingen oder um die Liebe eines Menschen zurückzugewinnen.

Manchmal wird ein Suizidversuch von den Patienten bestritten und abgeleugnet, alles nur auf ein zufälliges Versehen geschoben. In 31 Fällen der Untersuchungsreihe wurde eine Suizidabsicht von den betroffenen Personen negiert.

Eheprobleme werden mit 24,8 % an erster Stelle genannt. Familiärer Streit folgt mit 20,5 %. Unter dem Stichwort "Liebeskummer" zwischen Freunden und Verlobten finden wir 9,6 %. Zusammengefaßt ergeben diese drei Motivierungen 54,9 %.

LAUBENTHAL nennt sie zusammen "Sexus und Familie" und gibt in seiner Arbeit 44,7 % an.

Auch bei BÜHLER und BRUNNER stehen "Ehe", "Liebeskummer" und "Eifersucht" an der Spitze der Selbstmordmotive.

Einen beachtlichen Teil nimmt die sogenannte "depressive Verstimmung" mit 15,9 % ein. Dazu gehören alle Patienten,

die als Motiv "Traurigkeit" wegen Verlust oder Todestag eines nahen Angehörigen genannt haben, auch mangelnder "Lebensmut", "Vereinsamung", Angst vor "Hilflosigkeit" oder auch nur allgemein "Schwermütigkeit".

Finanzielle, berufliche oder soziale Probleme spielen kaum eine Rolle, und auch die Gravidität als Motiv für einen Selbstmord ist fast völlig entfallen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Motivierung des Selbstmordversuches

Motiv	Männer	Frauen	Gesamt	%
Eheprobleme	27	48	75	24,8
Familiärer Zwist	11	51	62	20,5
Depressive Verstimmung	16	32	48	15,9
Liebeskummer	11	18	29	9,6
Beruf	4	7	11	3,8
Krankheit	4	7	11	3,8
Finanzielle Schwierigkeiten	2	3	5	1,6
Kriminelle Handlungen	3	-	3	0,9
Soziale Einordnungsschwierigkeiten	1	1	2	0,6
Gravidität	-	1	1	0,3
unbekannt	27	28	55	18,2

Zusammenfassung

Zum Abschluß und Vergleich eine nochmalige Aufzählung der wichtigsten beschriebenen Zahlen und Fakten:

In den beiden Jahren 1969 und 1970 wurden insgesamt 302 Personen in die Intensivstation des Städtischen Wenckebach-Krankenhauses eingewiesen, 64,9 % Frauen und 35,1 % Männer.

Bei 1/4 der Fälle handelt es sich um wiederholten Suizidversuch. 15 Patienten (5 %) konnten nicht gerettet werden und verstarben, darunter 12 über 63-jährige.

Das Altersmaximum der von uns untersuchten Selbstmordkandidaten liegt bei den 20-30-Jährigen, gefolgt von den 45-50 und 55-65-Jährigen.

Die verheirateten Patienten stellen 51,0 %, die ledigen 25 % unserer Selbstmordanwärter.

Geordnet nach Berufen nehmen die Angestellten und Handwerker 29,4 % ein und liegen damit an der Spitze vor Arbeitern, Rentnern und Hausfrauen.

Bestimmte jahreszeitliche Häufungen der Selbstmorde waren nicht eindeutig festzustellen, dagegen war - nach Wochentagen geordnet - ein Abfall zur Wochenmitte auffällig.

28 % der Suizidversuche wurden in Verbindung mit Alkohol begangen, davon handelte es sich in 42 % um chronische Alkoholiker.

Insgesamt 95,7 % der Fälle waren Tablettenintoxikationen. Überwiegend wurden barbituratfreie Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen.

50 % der Patienten wurden psychiatrisch nachbehandelt. Bei den Motiven führen Ehe- und Familienprobleme, Liebeskummer und außerdem der Selbstmord in einer schwermütigen Stimmung.

Abschließend möchte ich Herrn Professor Dr. Germer meinen Dank für die Überlassung des Themas und für die Hilfe bei der Durchführung der Arbeit aussprechen.

Außerdem waren Frau Dr. Fennel und Herr Dr. Friebe in liebenswürdiger Weise stets bereit, mir in schwierigen Fragen zu helfen und zu raten.

Literatur

BRUNNER, J.H.L.

Statistische, differentialdiagnostische und prognostische Beiträge zum Thema der Schlafmittel- und CO-Vergiftungen
Münch.med.Wschr. 103, 1961, S. 301

BÜHLER, F.

Zur Behandlung von Schlafmittelvergiftungen
Med.Klinik 36, 1956, S. 1514

CLEMMESSEN, C.

Zur Behandlung der akuten Schlafmittelvergiftung
Dtsch.med.Wschr. 80, 1955, S. 901

DAHM, K.; HÄNDEL, K.

Untersuchungen über Selbstmorde und Selbstmordversuche in einem ländlichen Bevölkerungsgebiet
Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia Medica Nordmark Nr. 63, März 1970, S. 3

FRITZ, E.

Intensivierte Infusionsdiurese-Therapie der akuten Schlafmittelvergiftungen
Münch.med.Wschr. 107, 1965, S. 2124

HAGENBUCHNER, K.

Der Selbstmord des alten Menschen
Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia Medica Nordmark Nr. 58, März 1967, S. 1

HENSELER, H.

Selbstmord und Selbstmordversuche: Vorurteile und Tatsachen
Dtsch. Ärzteblatt 68, Jahrgang, Heft 11, 13. März 1971, S. 789

KESSEL, M.; IBE, K.; NEUHAUS, G.; REMMER, H.; WELLER, H.

Die extracorporale Dialyse von Luminal
Klin.Wschr. 40, 1962, S. 580

KUTSCHERA-AICHBERGER, H.

Die Behandlung der akuten Schlafmittelvergiftungen
Dtsch.med.Wschr. 79, 1954, S. 1866

LAUBENTHAL, F.

Schlafmittelmißbrauch

Dtsch.med.Wschr. 76, 1951, S. 974

LOENECKEN, S.J.; FROWEIN, P.A.; KARIMI, A.

Notfallsituationen bei Schädel-Hirnverletzungen und
bei akuten Schlafmittelvergiftungen

K. Hutschenreuther, Anaesthesiologie und Wiederbele-
bung 15, S. 38, 1966, Springer Verlag Berlin-Heidel-
berg-New York

LOENECKEN, S.J.

Akute Schlafmittelvergiftungen

Georg Thieme Verlag Stuttgart 1965, S. 23

MEYTHALER, F.; EICHHORN, W.

Soziale und klinische Betrachtung von 1431 Vergiftungs-
fällen

Ärztli. Forschg. 16, 1962, S. 435

MOESCHLIN, S.

Klinik und Therapie der Vergiftungen

4. Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1964, S. 463

MOESCHLIN, S.

Akute Vergiftungen

Verhandlg. der dtsh. Gesellschaft für inn.Medizin 74,
1968, S. 379

NEUHAUS, G.A.

Intensivbehandlung akuter Intoxikationen

Verhandlg. der dtsh. Gesellschaft für inn.Medizin 74,
1968, S. 385

SCHUBOTHE, H.; TISCHENDORF, W.; PAMMEL, J.

Klinische und soziale Probleme von Vergiftungen

Med.Klinik 56, 1961, S. 2153

SCHUSTER, H.-P.

Akute, exogene Intoxikationen

Dtsch.med.Wschr. 96, 1971, S. 326

SPINNER, H.; REETZ, E.

Analeptika bei Barbituratintoxikationen

Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia Medica Nord-
mark Nr. 56, Juni 1966, S. 3

WOHLENBERG, H.

Vergiftungen

Innere Medizin, herausgegeben von G. Schettler,
2. Auflage 1970, Georg Thieme Verlag Stuttgart,
S. 481

Lebenslauf

Ich, Karin Visentini, geb. Liberda, wurde am 24.4.1947 als Tochter des Arztes Dr. Georg Liberda und seiner Ehefrau Ingrid, geb. Kottysch, in Berlin geboren.

1953 wurde ich in Berlin-Kreuzberg in die Grundschule eingeschult, besuchte von 1957 bis 1959 die Lateinklasse der 9. Grundschule und anschließend das Leibniz-Gymnasium, ebenfalls in Berlin-Kreuzberg.

Dort bestand ich 1966 das Abitur und wurde im Sommersemester 1966 an der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin immatrikuliert.

Im Wintersemester 1968/69 legte ich das Physikum ab und im Sommersemester 1972 bestand ich das Staatsexamen.

Zur Zeit befinde ich mich in der Ausbildung als Medizinalassistentin. - Seit Dezember 1971 bin ich verheiratet.

B. Ladewig · Dissertationsdruck · 1 Berlin 12 · Pestalozzistraße 106
Tel.: 312 88 85 · 313 81 98

